

表33:DSM-IVによる診断別のこころの健康に関する受診・相談行動の頻度

	これまでの生涯		過去12ヶ月間	
	受診率	受診者数	受診率	受診者数
大うつ病性障害		(N=78)		(N=35)
精神科医	34.6%	27	22.9%	8
一般医	21.8%	17	8.6%	3
医師合計	39.7%	31	28.6%	10
その他の専門家	14.1%	11	2.9%	1
その他の相談先	11.5%	9	2.9%	1
相談先合計	48.7%	38	34.3%	12
いずれかの気分障害		(N=94)		(N=40)
精神科医	30.9%	29	22.5%	9
一般医	20.2%	19	7.5%	3
医師合計	36.2%	34	27.5%	11
その他の専門家	11.7%	11	2.5%	1
その他の相談先	9.6%	9	2.5%	1
相談先合計	43.6%	41	32.5%	13
いずれかの不安障害		(N=65)		(N=30)
精神科医	33.8%	22	13.3%	4
一般医	23.1%	15	6.7%	2
医師合計	40.0%	26	16.7%	5
その他の専門家	13.8%	9	3.3%	1
その他の相談先	9.2%	6	3.3%	1
相談先合計	47.7%	31	23.3%	7
いずれかの物質関連障害		(N=226)		(N=19)
精神科医	9.7%	22	0.0%	0
一般医	6.2%	14	0.0%	0
医師合計	11.5%	26	0.0%	0
その他の専門家	3.1%	7	0.0%	0
その他の相談先	3.5%	8	0.0%	0
相談先合計	15.0%	34	0.0%	0
いずれかの精神障害		(N=329)		(N=80)
精神科医	14.3%	47	13.8%	11
一般医	10.0%	33	6.3%	5
医師合計	18.2%	60	17.5%	14
その他の専門家	5.2%	17	2.5%	2
その他の相談先	4.9%	16	2.5%	2
相談先合計	23.4%	77	22.5%	18

*「これまでの生涯」＝生涯診断ありの者の中でのこれまでに受診経験ありの者の割合。

「過去12ヶ月間」＝過去12ヶ月間に診断ありの者の中で過去12ヶ月間に受診経験ありの者の割合。

注1:疾患グループは以下のとおり。いずれかの気分障害＝大うつ病、小うつ病、躁病エピソード、双極I型障害、軽躁病エピソード、双極II型障害、気分変調性障害。いずれかの不安障害＝パニック障害、広場恐怖、社会恐怖(社交不安障害)、特定の恐怖症、全般性不安障害、外傷後ストレス障害。いずれかの物質関連障害＝アルコール乱用あるいは依存症、薬物乱用あるいは依存症。いずれかの精神障害＝以上のいずれかの精神障害。

注2:受診・相談先は以下のとおり。精神科医＝精神科医。一般医＝一般開業医あるいはかかりつけ医、循環器医、産婦人科医、泌尿器科医など、その他の医者。医師合計＝精神科医あるいは一般医。その他の専門家＝心理士、ソーシャルワーカー、カウンセラー、心理療法家のようなその他のメンタルヘルスの専門家、看護師、医療助手など(その他)の医療専門家。その他の相談先＝お坊さん、牧師などの宗教家、漢方医、整体師、心霊術師、霊ばい師などその他の治療家。相談先合計＝以上のいずれかの受診・相談先。

表34:これまでの自殺関連行動の頻度

性別	年齢層	解析人数 ^{注1)}	これまでに本気で自殺を考えた*		これまでに自殺の計画をたてた		これまでに自殺を試みた	
			度数	%	度数	%	度数	%
男性	20-34	111	7	6.3	0	0.0	1	0.9
	35-44	107	12	11.2	2	1.9	1	0.9
	45-54	125	13	10.4	3	2.4	2	1.6
	55-64	145	10	6.9	0	0.0	0	0.0
	65+	151	5	3.3	1	0.7	1	0.7
男性計		639	47	7.4	6	0.9	5	0.8
女性	20-34	137	12	8.8	3	2.2	1	0.7
	35-44	153	13	8.5	4	2.6	5	3.3
	45-54	122	10	8.2	2	1.6	3	2.5
	55-64	125	7	5.6	1	0.8	1	0.8
	65+	149	2	1.3	0	0.0	0	0.0
女性計		686	44	6.4	10	1.5	10	1.5
合計		1325	91	6.9	16	1.2	15	1.1

注1) 自殺についての質問の回答を拒否した者が存在したため解析人数が全対象者数より少なくなっている

表35: 過去12カ月間の自殺関連行動の頻度

性別	年齢層	解析人数 ^{注1)}	過去12カ月間に本気で自殺を考えた		過去12カ月間に自殺の計画をたてた*		過去12カ月間に自殺を試みた	
			度数	%	度数	%	度数	%
男性	20-34	111	1	0.9	0	0.0	0	0.0
	35-44	107	3	2.8	0	0.0	0	0.0
	45-54	125	2	1.6	1	0.8	0	0.0
	55-64	145	3	2.1	0	0.0	0	0.0
	65+	151	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	男性計	639	9	1.4	1	0.2	0	0.0
女性	20-34	137	2	1.5	0	0.0	0	0.0
	35-44	153	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	45-54	122	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	55-64	125	1	0.8	0	0.0	0	0.0
	65+	149	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	女性計	686	3	0.4	0	0.0	0	0.0
	合計	1325	12	0.9	1	0.1	0	0.0

注1) 自殺についての質問の回答を拒否した者が存在したため解析人数が全対象者数より少なくなっている

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド」
分担研究報告書

こころの健康に関する方法論の検討と改善，統計解析

研究分担者 立森久照 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
研究代表者 川上憲人 (東京大学大学院医学系研究科)

研究要旨：【目的】統合国際診断面接法（CIDI）3.0 による双極性障害の診断評価の妥当性を明らかにすることを目的とする。【方法】双極性障害を有する患者と双極性障害を有しない者に対して実施された CIDI，SCID などのデータを用いて，双極性障害の診断評価を行う。SCID による診断をゴールドスタンダードとし，CIDI による双極性障害の診断評価の妥当性を κ 係数などにより評価し，質問票の妥当性検討を行う。さらに同時に収集されている状態評価尺度（MADRS，YMRS）やアドヒアランス（BMIB）と人格傾向（TCI）のデータを用いて面接法と質問紙法の（診断，症状の）評価が異なる場合に，それを修飾する可能性因子についての検討も行う。【結果】CIDI による双極性障害の診断評価の妥当性検討のための調査の準備を行った。具体的には，倫理的な手続き，調査に用いる調査票の作成，面接調査員のトレーニングを完了した。研究協力者と調査のフィージビリティを検討し，調査の実施が可能と判断できた。また研究協力者と検討の結果，円滑な調査の実施のためには使用する CIDI の質問文や教示法を改良することが必要であることが分かったため，本研究の目的の達成を損なわない範囲で調査員の面接実施を支援するツールの作成などを行った。【結論】CIDI による双極性障害の診断評価の妥当性検討のための調査の準備を完了し，来年度から調査を開始することが可能となった。CIDI による双極性障害の診断評価の妥当性検討について来年度に実査を行い，そのデータを解析し，CIDI による双極性障害の診断評価の妥当性についての結果を報告する。

研究協力者

尾崎紀夫（名古屋大学大学院医学系研究科）
鈴木太（名古屋大学大学院医学系研究科）
徳倉達也（名古屋大学医学部附属病院）
河野直子（名古屋大学大学院医学系研究科）
中村由嘉子（名古屋大学大学院医学系研究科）
久林夏美（名古屋大学大学院医学系研究科）
伊藤陽菜（名古屋大学大学院医学系研究科）
大川佳純（名古屋大学大学院医学系研究科）
平田陽子（名古屋大学大学院医学系研究科）
佐藤美礼（名古屋大学大学院医学系研究科）
下田陽樹（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

動、それらの関連要因や社会生活、自殺行動への影響を検討することを目的に、世界精神保健日本調査セカンド（WMHJ2）を実施する。この調査は世界保健機関（World Health Organization: WHO）の主導する国際的な精神・行動障害に関する疫学プロジェクトの一環として実施され、その調査結果は国内の疫学データとして有用なばかりでなく、統一規格に基づく国際比較にも利用可能である。本研究は、東京大学より提供される WMHJ2 の調査データに基づき、わが国の地域住民における現在の各種心の健康問題の相関、受診・相談行動の解析による地域のニーズを明らかにするとともに、2002 年から 2006 年にかけて行われた第 1 回調査との比較により、近年の疫学的動態、地域住民における需要や認識の変化に関する知見を提供する研究である。

A. 研究目的

2013 年から 2015 年にかけて、2010 年代中盤の地域住民における精神障害の頻度と受診行

統合国際診断面接法 (CIDI) 3.0 は、WHO が開発した世界的に標準化された精神疾患の構造化面接による診断評価法である。CIDI は日本語版も作成され、2002 年から 2006 年に実施された地域住民を対象とした大規模な精神障害に関する疫学研究 (世界精神保健日本調査) でも使用された。CIDI は原典である英語版での診断評価の妥当性は検証されているが、日本語版の妥当性はうつ病セクションなど一部のセクションにおいて検証されているのみである。日本語版は、翻訳逆翻訳や十分な経験を有する複数の精神医学の専門家による訳語の確認など、英語版と内容が一致するよう十全の配慮のもとで作成した。そのため英語版での妥当性が検証されていることは、日本語版も一定の妥当性を有することの根拠にはなるが十分とはいえない。日本語版の診断評価の妥当性を検討する必要がある。

そこで日本の双極性障害に関する疫学的実態の把握に資するため、WHO が開発した世界的に標準化された精神疾患の構造化面接による診断評価尺度である CIDI3.0 の日本語版による双極性障害の診断評価の妥当性を評価することを目的に研究を開始した。

B. 研究方法

1. 対象

研究全体の主幹機関によって、双極性障害を有する患者のうち、主治医の許可が取れた患者に対し診療時に研究の説明と協力依頼を医師の協力のもと書面で行い、これに同意した者を対象者として収集されたデータを主幹機関から提供を受けて用いる。

2. 方法

本研究では、以下に述べる内容の CIDI 日本語版による双極性障害の診断評価の妥当性の検証を行う。

双極性障害を有する患者と双極性障害を有しない者に対して実施された CIDI、SCID などのデータを用いて、双極性障害の診断評価を行う。SCID による診断をゴールドスタンダード

とし、CIDI による双極性障害の診断評価の妥当性を κ 係数などにより評価し、質問票の妥当性検討を行う。さらに同時に収集されている状態評価尺度 (MADRS, YMRS) やアドヒアランス (BMIB) と人格傾向 (TCI) のデータを用いて面接法と質問紙法の (診断, 症状の) 評価が異なる場合に、それを修飾する可能性因子についての検討も行う。なお当該研究に用いるデータは研究全体の主幹機関において個人情報と切り離すことにより連結可能匿名化されたものを用いる。

(倫理面への配慮)

本研究のうち、双極性障害の診断評価の妥当性については、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会の承認 (承認番号: 25-512) ならびに名古屋大学医学部倫理審査委員会の承認 (承認 No. 237-4) を得た。

C. 研究結果と D. 考察

CIDI による双極性障害の診断評価の妥当性検討のための調査の準備を行った。具体的には、倫理的な手続き、調査に用いる調査票の作成、面接調査員のトレーニングを完了した。

研究協力者と調査のフィージビリティを検討し、調査の実施が可能と判断できた。また研究協力者と検討の結果、円滑な調査の実施のためには使用する CIDI の質問文や教示法を改良することが必要であることが分かった。しかし、本研究は既に地域調査で使用されているバージョンの CIDI による診断評価の妥当性を検討することを目的とするために、本研究でそのバージョンと異なるバージョンの CIDI を使用することは適切でない。そこで、質問文や教示法の変更などの大きな変更点については今後の CIDI のメジャー・バージョンの際に資する情報として整理し、質問の趣旨に影響にしない軽微な変更 (主に調査員の面接実施を支援するツールの作成など) のみ適用することとした。後者について必要な変更を施した CIDI のコンピュータ面接プログラムの修正および回答者用小冊子などの修正を完了した (詳細については

付録の CIDI 修正箇所まとめも参照のこと)。

E. 結論

CIDI による双極性障害の診断評価の妥当性検討のための調査の準備を行い、倫理的な手続き、調査に用いる調査票の作成、面接調査員のトレーニングを完了した。研究協力者と調査のフェージビリティを検討し、調査の実施が可能と判断できた。また研究協力者と検討の結果、円滑な調査の実施のためには使用する CIDI の質問文や教示法を改良することが必要であることが分かったため、本研究の目的の達成を損なわない範囲で調査員の面接実施を支援するツールの作成などを行った。CIDI による双極性障害の診断評価の妥当性検討について来年度に実査を行い、そのデータを解析し、CIDI による双極性障害の診断評価の妥当性についての結果を報告する。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 1件

立森久照. (シンポジウム) わが国の common mental disorders の頻度, 疾病負荷, 受療行動, WPA Section on Epidemiology and Public Health - 2014 Meeting, Nara, Japan, 2014. 10. 15.

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

I. 参考文献

付録：CIDI 修正箇所まとめ

HU8：下記の赤字部分（2ヶ所）を追加。

「お話をうかがう前に、申し上げておきたいと思いますが、調査に参加するかどうかはあなたの意志で決めていただいで結構です。うかがったすべての情報は厳密に秘密にされます。もし万一、あなたが答えたくない質問に出会ったら、そう教えてください。その質問はとぼします。

調査では、同じような質問を繰り返し尋ねられているように感じることもあるかもしれません。また、この調査では世界共通の質問をすることになっています。翻訳のせいで少し不自然にきこえる質問や、日本では奇異な印象を受ける質問も含まれていますが、国際比較のためご理解ください。もし質問の意図が分からないこと等ありましたら、いつでもご確認ください。」

SC21, 22, 23, 24, 25, 25a (WMHJ ファーストにおいて使用された CIDI の文言)：項目を削除。

SC21_1, 22_1, 23_1, 24_1, 25_1, 25a_1 (WMHJ セカンドにおいて、変更案として作成された文言)：各質問文に含まれる下線を削除（下線を削除し、文言はそのまま）。

D17：冒頭に「小冊子の 66 ページを見て下さい。」の一文を追加。

D24a：回答者に小冊子に印をつけるように依頼する。→回答者に付箋（ふせん）をつけるように依頼する。に修正。

D24a～f：最もひどく、かつ多かった→最もひどくて多かった に修正。

D26a：回答者に小冊子に印をつけるように依頼する。→回答者に付箋（ふせん）をつけるように依頼する。に修正。

D26a～ee：赤字部分（2ヶ所）について、→前の文章から、→後の文章に修正。
☞（小冊子、5-6 ページ。「はい」と回答された各項目について、小冊子に印→付箋（ふせん）をつけるように指示しなさい）その〇〇以上の間に、～ですか。回答が「はい」なら：小冊子のその項目に印→付箋（ふせん）をつけてください。

D37～D37c2：項目番号の下に「(初発エピソードに関する質問)」の一文を青字

で追加。

Ex)

D37.

(初発エピソードに関する質問)

ほぼ毎日、ほとんど 1 日中、〇〇と感じて、同時にその他の問題を経験した期間が初めて〇〇続いた時のことを思い出して下さい。正確な年齢を思い出すことができますか。

D38～D38a_6：項目番号の下に「(ここ 1 年間のエピソードに関する質問)」の一文を青字で追加。

D38a：冒頭に「小冊子の 67 ページを見て下さい。」の一文を追加。

D38a_1：冒頭に「(別紙を見せながら)」の一文を追加。

D39, D39a：項目番号の下に「(最も長いエピソードに関する質問)」の一文を青字で追加。

D41～D44：項目番号の下に「((数日以上、毎月のように) 1 年以上続くエピソードに関する質問)」の一文を青字で追加。

D42_1：冒頭に「小冊子の 68 ページを見て下さい。」の一文を追加。

D46～D50：項目番号の下に「((ほぼ毎日) 1 年以上続くエピソードに関する質問)」の一文を青字で追加。

D62_3～D64i：項目を削除。

D66a：過去 12 ヶ月→ここ 1 年間に修正。

D68：過去 12 ヶ月→ここ 1 年間に修正。

D72a：赤字部分について、→前の文章から、→後の文章に修正。

「(〇〇について、専門家に相談した) 初めての時 → 初めて相談した時、あなたは何歳でしたか。」

D86 : 過去 12 ヶ月→ここ 1 年間に修正。

M9 : 冒頭に「小冊子の 65 ページを見て下さい。」の一文を追加。

M9a : 冒頭に「小冊子の 49 ページを見て下さい。」の一文を追加。

M18c : 冒頭に「小冊子の 69 ページを見て下さい。」の一文を追加。

M19 : 過去 12 ヶ月→ここ 1 年間に修正。

M19a : 冒頭に「小冊子の 67 ページを見て下さい。」の一文を追加。

M19b : 過去 12 ヶ月→ここ 1 年間に修正。

M19c : 過去 12 ヶ月→ここ 1 年間に修正。

M29 : これらの期間→期間に修正。

M29_2~M30k : 項目を削除。

M33a : 赤字部分について、→前の文章から、→後の文章に修正。

「(〇〇について、専門家に相談した) 初めての時 → 初めて相談した時、あなたは何歳でしたか。」

M47 : 過去 12 ヶ月→ここ 1 年間に修正。

以下、小冊子修正

5p : (「はい」の回答の四角の中に ✓ とチェックしてください。) → (「はい」の回答は四角の上に付箋をつけてください。) に修正。

5-6p : 各選択肢の後に項目番号を追加。

6p : 以下の 7 項目を削除。

- ・ いらいらしたり、不機嫌だったり、気分が悪いや感じたりした。
- ・ 神経質や不安である。

- ・ 激しい恐怖、あるいはパニックの急な発作。
- ・ 毎日しなくてはいけないことをうまくやっけていけない。
- ・ 友人や家族と一緒にいるより、一人でいたいと感じた。
- ・ いつもより口数が減った。
- ・ しばしば涙を流した。

49p：選択肢のフォントを拡大。

64p：ページを横向きに修正。

65p：選択肢のフォントを拡大。

66-69p：新規作成。

(66p：

- ・ 軽い
- ・ 中くらい
- ・ ひどい
- ・ とてもひどい

67p：

- ・ 過去1ヶ月以内
- ・ 2～6ヶ月前
- ・ 6ヶ月よりも前

68p：

- ・ 全部
- ・ ほとんど
- ・ いくつか
- ・ 全くない

69p：

- ・ ストレスによっておきた
- ・ 全く突然におきた
- ・ 思い出せない)

別紙：

D38a_1 で使用する、エピソード（期間）についての説明用別紙を新規作成。

平成26年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド」
（H25－精神－一般－006）
分担研究報告書

分担研究：国際連携-わが国における精神保健疫学の発展をめざして-

研究分担者 竹島 正((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
研究協力者 立森久照((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
研究協力者 川上憲人(東京大学大学院医学系研究科)
研究協力者 西 大輔((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
研究協力者 山内貴史((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
研究協力者 高橋清久((公財)精神・神経科学振興財団)

研究要旨：【目的】精神保健疫学に関する国際会議を開催して精神疾患の疫学研究に関する国際共同研究およびその行政施策への応用について討議するとともに、わが国における精神保健疫学発展の機会とすることを目的とした。

【方法】2014年10月15日からの4日間、わが国で初めてとなる世界精神医学会の疫学・公衆衛生セッションミーティング2014(WPA Section on Epidemiology and Public Health Meeting 2014; WPASEPH2014)を奈良県奈良市で開催し、精神疾患の疫学研究に関する国際共同研究およびその行政施策への応用について討議した。また、わが国の精神保健医療の行政・実務者が主体となるシンポジウムにおいて、精神保健疫学研究の発展にどのようなことを期待するかを把握した。

【結果及び考察】WPASEPH2014は、精神保健疫学と公衆衛生がトラウマとそれによるメンタルヘルスの問題の予防、そして悪化の防止にどのように役立つかに焦点を当てると共に、わが国における精神保健疫学の発展とそれによる社会貢献にも焦点を当てた。参加者は280名を超え、その約半数が海外からの参加者であって、精神医学と公衆衛生学の専門家が多数参加した。英語での発表と日本語での発表が2つの会場で同時進行され、精神保健疫学研究の発展とその社会応用を進める上で、精神医学と疫学・公衆衛生学の専門家の協働が必要であることが確認された。

【結論】WPASEPH2014は国内外の精神保健疫学の研究者が一堂に会する貴重な機会となり、わが国の精神医学と公衆衛生学の研究者の協働による精神保健疫学発展の可能性を高めた。今後は、WPASEPH2014の成果を絶やすことなく、国内における精神医学と公衆衛生学の研究者の協働による精神保健疫学発展のための学術プログラム実施、世界精神保健日本調査の成果の自治体レベルでの活用のための検討、精神保健医療福祉のニーズ調査の検討等を行い、精神保健疫学研究の発展とその社会応用を進めていくことが望まれる。

A 目的

2002-2006年に実施された第1回「こころの健康についての疫学調査」(世界精神保健日本調査)は、わが国の地域住民における非精神病性精神障害の頻

度、受診行動の実態を明らかにし、わが国の精神障害の疫学研究とこころの健康づくり対策の発展に大きく貢献した。本研究は、精神保健疫学に関する国際会議を開催して精神疾患の疫学研究に関する国際

共同研究およびその行政施策への応用について検討するとともに、わが国における精神保健疫学発展の機会とすることを目的とした。

B 方法

2014年10月15日からの4日間、わが国で初めてとなる世界精神医学会の疫学・公衆衛生セッションミーティング2014(WPA Section on Epidemiology and Public Health Meeting 2014; WPASEPH2014)を奈良県奈良市で開催し(資料1)、精神疾患の疫学研究に関する国際共同研究およびその行政施策への応用について検討した。また、わが国の精神保健医療の行政・実務者が、わが国の精神保健疫学研究の発展に期待することを把握した。

WPASEPH2014の組織として、国内委員会(LC)は、会長 竹島正(国立精神・神経医療研究センター(NCNP))、副会長 高橋清久(精神・神経科学振興財団)、事務局長 立森久照(NCNP)を含めて、秋山剛(NTT東日本関東病院)、飛鳥井 望(東京都医学総合研究所)、井上新平(福島県立医科大学津医療センター)、笠井清登(東京大学)、川上憲人(東京大学)、神庭重信(九州大学)、岸本年史(奈良県立医科大学)、金吉晴(NCNP)、車谷典男(奈良県立医科大学)、白川教人(横浜市こころの健康相談センター)、高橋祥友(筑波大学)、中村好一(自治医科大学)、西大輔(NCNP)、古川壽亮(京都大学)、水野雅文(東邦大学)、森川将行(三重県立こころの医療センター)、山内貴史(NCNP)の20名であって、精神医学と公衆衛生学の専門家を中心に構成された(50音順)。

LCの顧問は、大井田隆(日本公衆衛生学会)鹿島晴雄(日本精神保健福祉連盟)、吉川武彦(全国精神保健福祉連絡協議会)、小島 卓也(大宮厚生病院)、佐藤光源(こころのバリアフリー研究会)、篠崎英夫(日本公衆衛生協会)、鈴木二郎(日本国精神保健福祉政策学会)、武田雅俊(日本国精神神経学会)、中根允文(うつ病の予防・治療日本国委員会(JCPTD))、樋口輝彦(NCNP)、広瀬 徹也(神経研究所附属晴和病院)、柳川洋(地域医療振興協会ヘルスプロモーション

研究センター)、山内俊雄(埼玉医科大学)、山崎學(日本精神科病院協会)、渡辺洋一郎(日本精神神経科診療所協会)、渡邊義文(精神医学講座担当者会議)の16名であって、精神医学と公衆衛生学の専門家を中心に構成された(50音順)。

WPASEPH2014の名義後援は、開催地である奈良県、奈良市のほか、JCPTD、全国精神保健福祉連絡協議会、日本児童青年精神医学会、日本社会精神医学会、日本国睡眠学会、日本精神科看護協会、日本トラウマティック・ストレス学会、日本精神衛生会、日本医師会、日本看護科学学会、日本看護協会、日本精神科病院協会、日本精神神経科診療所協会、日本精神保健福祉連盟、日本精神神経学会、全国精神保健福祉センター長会、全国保健所長会、ASK(アルコール薬物問題全国市民協会)、NCNP、奈良県精神科病院協会、奈良県精神神経科診療所協会、奈良市医師会、日本うつ病学会、日本疫学会、日本公衆衛生学会、日本精神障害者リハビリテーション学会、日本精神保健・予防学会、日本精神保健福祉政策学会の29団体であった(50音順)。

国際委員会(IC)は、会長 Viviane Kovess Masfety (France)を含めて、Laura Helena S. G. Andrade (Brazil)、Jim Anthony (USA)、Paul Bebbington (UK)、Joshua Breslau (USA)、Evelyn Bromet (USA)、Terry Brugha (UK)、Jose Miguel Caldas de Almeida (Portugal)、Andrew Cheng (Taiwan)、Linda Cottler (USA)、John Fayyad (Lebanon)、Sandro Galea (USA)、Elie G. Karam (Lebanon)、Norito Kawakami (Japan)、Yoshiharu Kim (Japan)、Norman Sartorius (Switzerland)、Derrick Silove (Australia)の17名であった。

また、地域委員会(RC)は、会長 Tadashi Takeshima (Japan)を含めて、Tsuyoshi Akiyama (Japan)、Mian-Yoon Chong (Taiwan)、Hervita Diatri (Indonesia)、Yanling He (China)、Helen Herrman (Australia)、Norito Kawakami (Japan)、Kate Scott (New Zealand)、Hisateru Tachimori (Japan)、Harvey Whiteford (Australia)、Kay Wilhelm (Australia)の11名

であった。

WPASEPH2014 の開催に当たっては、多数の企業、個人が協賛または募金に協力した。

(倫理面への配慮)

本研究は WPASEPH2014 の概要紹介であって個人情報扱わない。

C 結果

1. プログラムの構成および参加者の概要

WPASEPH2014 のプログラムを資料 2 に示す。15 日は、プレ・ミーティングとして、わが国の精神保健関係の研究者や実務者、行政担当者を対象とした世界精神保健調査の政策的活用に関するシンポジウムおよびアジア太平洋地域の精神保健疫学に関するシンポジウムが行われた。10 月 16-18 日のミーティングは、IC による英語のセッションと、LC による日本語セッション(一部英語セッション)の同時進行を基本とした。IC においてはテーマを「トラウマとメンタルヘルス (Trauma and Mental Health)」として、精神保健疫学と公衆衛生がトラウマとそれによるメンタルヘルスの問題の予防、そして悪化の防止にどのように役立つかに焦点を当て、自然災害(地震と津波)、戦争、暴力、災害などのさまざまな避難民、被爆の脅威のメンタルヘルスへの影響について、短期的なものから長期的なものまで、世界各国の専門家によるシンポジウムを組んだ。

LC においては、世界保健機関(WHO)が、2013 年の第 66 回総会において、メンタルヘルス・アクションプラン 2013-2020 を採択したこと、その中心となる考え方は“*No health without mental health(精神保健なくして健康なし)*”であることを踏まえて、わが国における公衆衛生としての精神保健の発展、そのための精神保健疫学研究に何が望まれるかに焦点を当てた。

参加者は 280 名を超え、その約半数が海外からの参加者であった(資料 3 にクレジットカードを使用して参加登録を行った者の国別参加者数を示す)。精神医学の専門家だけでなく、公衆衛生学分野の専門家も多く参加していた。以下、IC プログラムと LC プログ

ラムのうち、精神疾患・自殺の疫学調査に関連したシンポジウムを紹介する。

また、LC のプログラムであるシンポジウム「*地域からこころの医療を考える*」(Mainstreaming mental health into other priority programs in the community)については、わが国の精神保健医療の行政・実務者の精神保健疫学発展への期待を述べたものであることから詳しく紹介する。

2. 精神疾患・自殺の疫学調査に関連したシンポジウム

10 月 15 日のシンポジウム「*アジア太平洋地域における精神保健疫学調査の社会発展への貢献:現状と未来*」(Contributions of mental health surveys to social development in the Asia-Pacific region: Current and future)において、Kawakami(日本)は、World Mental Health Japan Survey 2002-2006(世界精神保健日本調査 2002-2006)の結果をもとに、高等教育における人材育成の効果を高めるため、医学と教育の視点から、学生の大うつ病の予防に取り組むことの必要性を指摘した。Liao(台湾)は、Taiwan Psychiatric Morbidity Survey (TPMS)によると一般精神障害の罹患率が地域によって相当に異なることから、公衆衛生政策のためには、メンタルヘルスの社会環境決定因を同定することの必要性を指摘した。Subramanian(シンガポール)は、Singapore Mental Health Study (SMHS)が研究者、政策立案者をつなぎ、政策とプログラム開発に役立ったことを報告した。Scott(ニュージーランド)は、New Zealand Mental Health Survey をもとに、気候変動のメンタルヘルスへの影響について述べた。

10 月 15 日のシンポジウム「*わが国の精神保健疫学-世界精神保健・わが国調査を踏まえて*」(Japanese psychiatric epidemiology: WMH Japanese results)において、伊東(厚生労働省精神・障害保健課)は、こころの健康づくりの推進における地域疫学調査の意義について述べた。大塚(長崎県県央保健所)は、精神疾患の発生率や中長期的な転帰、不適切な養育、幼少時のトラウマ体験や親のアディクションのもたらす心

理社会的影響に関する研究の発展への期待を述べた(紙上発表)。近藤(千葉大学)は、うつによる社会的コストについて、JAGES(日本老年学的評価研究)をもとに、社会階層間の健康格差、地域間格差、社会的な要因との関連等について紹介し、公衆衛生政策のマネジメントに寄与する疫学研究の重要性を指摘した。立森(NCNP)は、世界精神保健日本調査2002-2006をもとに、日本の common mental disorders の頻度、疾病負荷、受療行動を紹介するとともに、現在進行中の世界精神保健日本調査セカンドから明らかになると期待されることを述べた。小坂(奈良県立医科大学)は、奈良県の精神医療ネットワークにおける大学病院精神科の役割と、統計による検証を踏まえた現状と課題について述べた。馬場(北海道大学)は、英国の NICE ガイドラインや、地域精神疫学研究の紹介を行った。

10月16日のシンポジウム「認知症:疫学から政策、コミュニティ支援、社会的包摂まで」(Dementia: translating epidemiology to policy and community-based support / social inclusion)において、新美(厚生労働省高齢者支援課)は、日本の認知症施策を紹介した。岡村(東京都健康長寿医療センター)は、ホームレス状態にある人たちの高齢化と認知症について紹介し、精神医学が病院を中心とした医学モデルから、コミュニティを中心とした学際的・社会的モデルに変わることの必要性について述べた。森川(三重県立こころの医療センター)は、「ゲンキな高齢者の元気なヒケツをさぐる」ことをキャッチフレーズにした藤原京スタディについて紹介した。広瀬(慶應義塾大学百寿総合研究センター)は、百寿者研究について紹介した。

10月18日のシンポジウム「自殺予防における疫学研究の役割」(The role of epidemiology for the development of suicide prevention policy)において、Liao(台湾)は、台湾自殺防治中心(TSPC)が自殺の科学的根拠、特に疫学研究の成果を公衆衛生政策につなげる役割を果たしてきたこと、全国的な自殺事例の報告システムと地域サポートシステムの構築を行

ってきたこと、そして自殺予防に関する法案の作成に関与していることを報告した。Yamauchi(自殺予防総合対策センター)は、日本における1998年の自殺死亡急増以降の自殺既遂と自損行為による救急搬送データの分析結果を報告するとともに、1998年の自殺死亡率の急増、近年の自殺死亡率の減少、若年者の自殺死亡率の増加の要因について述べた。Ohyama(青森県立保健大学)は、高齢者の自殺予防プログラムを男性と女性の自殺死亡率の変化をもとに評価するとともに、高齢男性の自殺予防に効果の期待される予防介入について述べた。Otsuka(岩手医科大学)は、自殺対策のための戦略研究のうち、根拠に基づいて策定された「複合的自殺対策プログラム」を自治体で実施し、自殺率減少効果を検証する複合的自殺介入プログラム(NOCOMIT-J)と、救急施設に搬送された自殺未遂者に対するケース・マネージメント(心理教育や受療支援、背景にある問題解決のための社会資源利用支援など)の自殺企図再発防止効果を検証するプログラム(ACTION-J)の紹介を行った。Kodaka(自殺予防総合対策センター)は、WHOの作成した世界自殺レポート(Preventing Suicide: A global imperative)の内容と日本語訳が作成されていることの紹介を行い、日本語訳普及の意義について述べた。

3. シンポジウム「地域からこころの医療を考える」の詳細

わが国の抱える今日的な地域のメンタルヘルスの問題に焦点を当て、それに従事している者が、現場で気づき、悩み、考えていることを互いに報告し、地域の活動を支えるという観点から精神保健疫学を捉えることも含めて、これからの地域のメンタルヘルス向上に貢献していく視点を得ることを目的とした。シンポジストは、野口正行(岡山県精神保健福祉センター)、柳尚夫(兵庫県豊岡保健所)、田川精二(くすの木クリニック)、松山とも代(豊中市保健所)であって、指定発言を尾島俊之(浜松医科大学)に依頼した。当日の発表内容と、各シンポジストによるわが国における精神保健疫学発展への期待を紹介する。

(1)「精神保健福祉センターから見た地域のこころの課

題」(野口正行)

岡山県精神保健福祉センターでは、2005 年度から多職種アウトリーチチームを設置して、特に未治療・治療中断の治療契約困難な精神障害者を中心とした地域支援を行ってきた。また、医療機関だけでは地域支援が困難な場合に、医療機関と連携しながら、困難事例への直接支援だけでなく、地域支援を通して、地域でのネットワークづくり、地域支援力の育成に取り組んできた。直接支援に限定しないアウトリーチを行う理由としては、精神科医療機関や福祉事業者の地域偏在がある。精神科病院や診療所は県南都市部に集中しており、福祉事業者も県南に多く、県北の医療過疎地においては、保健所・市町村によるアウトリーチ支援のニーズは高い。スーパーバイズや On-the-Job-Training (OJT) が有効であることが多く、それぞれの地域で多機関ネットワークを作りながら、一緒にアウトリーチ支援を行うことで、地域機関ネットワークの活性化、地域の市町村、福祉事業者のサポートと地域支援力の向上を期待している。今後、長期入院者の退院が本格化して来た場合、福祉事業者、介護保険事業者、訪問看護、診療所、市町村、保健所、精神科病院などがうまく役割分担して包括的で切れ目のない支援を提供する必要がある。多職種アウトリーチチームには直接支援という臨床的機能を持つと同時に、地域育成とネットワーク促進の機能という公衆衛生的観点を備えたものとなることが望ましい。地域で治療につながっていない精神障害者がどれくらいいるのか、地域援助事業者だけでは退院支援が困難で、多職種アウトリーチチームを必要とする精神障害者がどれくらいいるのか、県レベル、あるいは二次医療圏レベルでニーズを把握することが必要である。精神保健疫学研究には、支援ニーズの必要量がどれくらいであるのか、支援供給の量と質が果たして地域の支援ニーズにマッチしているのかを検証することが求められる。

(2)「人口 40 万人の中核市におけるメンタルヘルス・ニーズと課題」(松山とも代)

豊中市の人口は 40 万、面積は 36.6 km² であって、

大阪都心から電車 15 分圏にある人口密度の高い住宅都市である。高速道路や空港、新幹線、モノレール等の交通条件に優れ、都市化の急速な進展を経て、人口の少子高齢化や地域経済社会の変化・停滞等に直面している。2012 年に中核市に移行したことから保健所を設置することとなった。保健所は精神保健福祉の中心的専門的機関として、一次予防(こころの健康づくり)、二次予防(疾病の早期発見と対応、治療継続)、三次予防(リハビリテーション、リカバリー)にわたる幅広い事業を実施している。精神保健福祉相談は、本人・家族からの相談が中心であるが、他の相談支援機関からの紹介が増えている。特に、就労困難者や生活困窮者、子ども・若者、虐待対応を含む母子保健、そして高齢者の支援機関等から、本人の相談希望が無い中で、精神保健面の見立てと支援が求められる。また、集合住宅での問題行動に遭遇した近隣住民が、精神的に疲弊して相談を寄せてくる。ひきこもりや就労困難など生きづらさを主訴とした相談の背景に精神疾患や精神保健の問題が発見される事例が増加している。特に、発達障害の二次障害としてのうつ病や自殺の問題は大きい。「自殺未遂者相談支援事業」(2013 年～)で把握した支援対象者の大多数は精神科受療中であるが、人間関係のトラブルなど日常的なストレスをきっかけとして自殺企図に及んでおり、症状だけでなく、ストレス対処スキルの問題が考えられる。精神障害者、特にひきこもりや発達障害者を持つ家族は孤立しており、うつ病や自殺のハイリスク者としてケアの対象ともなっている。相談業務では、精神科医による面接や家庭訪問を組み入れ、医療の敷居を低くし、適切な見立てに基づく受療支援を行っている。地域の精神保健福祉は、精神疾患の治療の問題だけでなく、市民全体のメンタルヘルスの問題、多様化する個別ニーズへの対応に拡大している。拡大多様化するニーズに対応するためには、地域・コミュニティの問題発見力や対処力の向上は不可欠であって、精神保健分野における「地域づくり」が問われている。うつ病・自殺対策として孤独・孤立の防止、さらにはリカバリー、エンパワメントを促すうえで、家族を

含めた当事者組織の育成も大きな課題となっている。若年層のメンタルヘルス、特に精神疾患や発達障害の二次障害を防ぐためには地域精神科医療の充実が望まれる。個々の生きづらさの解決を目標として関係機関によるチーム支援が求められている。地域における精神保健ニーズの拡大・多様化から、ヘルスケアのICF(国際生活機能分類)モデルへの転換の必要性を実感せざるを得ない。精神保健への影響要因は、個人のみならず社会との関係性など多様かつ複合的である。今後、医学のみならず、社会生活全般にわたる多角的な要因分析から改善手法が開発されること、関係諸分野との包括的なケアが進展することにより、精神保健問題の改善が図られることを期待する。

(3)「精神科診療所から地域を考える」 (田川精二)

30年以上前から「病院から地域へ」というスローガンが語られているにもかかわらず、わが国の精神科医療は、いまだに入院中心主義から脱却出来ていない。精神科病床は約34万床あり、人口10万あたりで見ると268床、これはわが国の全病床数の約22%を占めている(2012年)。また、全国に320万人以上の精神障害による受療者がおり、その約9割が外来通院者であるにもかかわらず、精神科医療費の約3/4は入院医療に使用されている(他科では入院・外来はほぼ同額)。約9割を占める地域で暮らす精神障害者に対する取組は甚だ不十分と言わざるを得ない。わが国の国民皆保険制と自由開業医制を背景に、精神科医が町の中に外来診療所をつくってきた。そのほとんどが公的保険の利用が可能であって、一般科診療所と同様に「下駄履き」で行ける身近な存在となっている。わが国には精神科を標榜する外来診療所が約5,600カ所あるが、そのうち精神医学を専門に学んだ医師による診療所は約3,000カ所余と言われ、その約1,600カ所が日本精神神経科診療所協会(日精診)に加盟している。アウトリーチやデイケア機能を持った、重装備の多機能型精神科診療所もあれば、医師一人とスタッフ一人の超小規模精神科診療所もある。2010年に日精

診は全会員を対象とした会員基礎調査を行ったが、会員診療所の8割以上が看護師を、また4割以上が臨床心理士を、そして3割以上が精神保健福祉士をスタッフとして雇用している。アウトリーチ活動としては、約17%の診療所が往診を、約20%が訪問看護を行い、デイケアなどのグループワークは2割以上の診療所が行っている。各々の診療所はそれぞれ得意分野を持ち、その診療に力を入れている。例えば、統合失調症を中心とした重度精神病、気分障害を中心としたメンタルヘルス、児童・思春期、アルコールを中心とした依存症治療、認知症を中心とした高齢者の精神科医療などと多岐にわたっている。発表者(田川)は統合失調症を中心とした重度精神障害者の地域医療を目指し、34年前に精神科診療所を始めた。診療所では現在約800名の精神科通院患者を診療しており、その約3分の1が統合失調症圏であって、20年以上通院する者も約2割あり、互いに人生を感じながら日々診療している。こうした精神科医療が出来るのは、精神科病院のオーナー医師と精神科診療所しかないように思う。外国の制度ばかり輸入しようとするのではなく、こうしたわが国特有の有力な社会資源である精神科診療所の果たしている役割をきちんと評価し、それを施策の中心に位置づけるべきと考える。重い精神障害者へのサポート、メンタルヘルス、認知症を中心とした高齢者の精神科医療などは、どれをとっても公衆衛生とは切っても切れない関係にある。地域の最前線で精神科医療を担っているのは精神科診療所である。精神保健疫学研究をとおして、社会資源としての精神科診療所の役割が明らかになり、公衆衛生の中にしっかり位置づけられることを期待したい。

(4)「保健所の立場から」(柳尚夫)

地域での医療の課題として、①長期入院患者が死亡退院に至ることを防ぐこと、②認知症疾患患者の新たな社会的長期入院を防ぐこと、③精神科医療の質を上げることによる入院の短期化と再入院防止、④精神科医療が一般医療と同じになること(医療・保健・福祉関係者の意識変革)がある。精神保健法改正による改革については、①急性期精神科医療の充実と合

併症対策, ②薬物療法だけではない患者への疾患教育や生活支援の導入, ③院内クリティカルパスとチーム医療の導入, ④これらの結果としての平均在院日数の短縮と病床削減, ⑤長期的には単科精神科病院の廃止がある。大きく変革できた場合に残る課題として, ①病床の削減と職員の地域移行をスムーズに進めること, ②アウトリーチサービスの充実とシステム化, ③地域での生活支援のサービスの質・量の充実, ④ピアサポーターの活用の拡大(就労支援とサービスの充実), ⑤医療計画における精神科医療の見直しがある。今後の保健所の役割と精神保健センター, 国の研究機関への期待としては, ①地域精神保健医療データ分析の必要性, ②データを生かした地域精神医療の評価の必要性, ③データに基づく政策展開がある。わが国における精神保健疫学研究は精神医療の質の改善に役立っていない。国が毎年実施している調査として630調査(精神保健福祉資料)があり, 国内の全精神科医療機関が調査協力しているにも関わらず, 国および都道府県単位の集計データが2年後に示されるだけである。全国保健所や精神保健福祉センターの所管医療機関の個別データとして, 個別医療機関の医療の質の改善の指標として活用されるべきである。

D 考察

世界精神医学会の疫学・公衆衛生セッションミーティングをわが国で始めて開催した。この会議では, 精神保健疫学と公衆衛生がトラウマとそれによるメンタルヘルスの問題の予防, そして悪化の防止にどのように役立つかに焦点を当てると共に, わが国における精神保健疫学の発展とそれによる社会貢献にも焦点を当てた。国内外の精神保健疫学の研究者が一堂に会するという貴重な機会であり, 精神医学と公衆衛生学の研究者の更なる協働の端緒となる学会として, 参加者からはおおむね好評であった。

世界精神保健日本調査は, わが国の地域住民における非精神病性精神障害の頻度, 受診行動の実態を明らかにし, こころの健康づくりに関する厚生労

働行政およびわが国の精神障害の疫学研究の発展に大きく貢献した。現在進行中の世界精神保健日本調査セカンドの目的は, ①2010年代半ばにおけるわが国の地域住民の精神疾患の頻度, 受診行動, 関連要因, 社会生活・自殺行動などへの影響を国民から無作為抽出された日本の代表サンプルにおいて明らかにするものである。また, 2002-2006年に実施された第1回調査と比較することで, わが国において精神疾患の罹患が増加しているのか, 行政施策によりその受診率が向上しているのかどうかを明らかにすることができる。これらの結果は, 国だけでなく自治体レベルでも活用され, うつ病, アルコール依存症等の頻度の高い精神疾患についての政策推進にも役立てられることが期待される。

また, わが国の精神保健医療の行政・実務者の精神保健疫学発展への期待として, 精神障害に関する地域の支援ニーズの把握, 地域における精神保健ニーズの拡大・多様化を踏まえたヘルスケアのICFモデルによる把握, 地域疫学調査による現有の精神科診療所等の果たしている役割の可視化, 精神医療保健福祉の現場での医療の質改善のための既存調査原票の提供等が挙げられた。これらは世界精神保健のカバーしていない領域を含んでいるため, 精査の上, 必要なものを実施していくことが望まれる。

WHOの「メンタルヘルス・アクションプラン2013-2020」は「No health without mental health(メンタルヘルスなしに健康なし)」を原則に掲げ, ビジョンとして, “メンタルヘルスが尊重・促進・保護され, 精神障害が予防され, 精神障害に罹患した人々が人権を最大限に行使し, リカバリーを促進するために, 質が高く文化に適合した保健医療ケアと社会ケアを適時に受けることのできる世界を達成すること。それはステイグマ形成と差別を受けないこと, 可能な限り最高水準の健康を享受して, 社会や職場に存分に参加するためである”と述べている。過去には, 人権侵害を理由に全国精神衛生実態調査の実施が困難になったという経緯があるが, 人口, 産業構造, 家族構成, 疾病構造の変化等を背景に精神保健の問題が増加して

いく可能性があることを踏まえ、人権を守るためにこそ、精神保健疫学研究を発展させ、社会の精神保健への関心を高めていくことが望まれる。

さて、WPASEPH2014 の開催準備において気付かれた最大の課題を述べておきたい。精神保健疫学は精神医学と公衆衛生に跨る、社会的にもニーズの大きな領域であるが、その親学会が明確でないという問題を抱えており、WPASEPH2014 への参加呼びかけにも困難を引き起こした。

WPASEPH2014 の開催はわが国における精神保健疫学研究の発展の重要な機会である。世界精神医学会(WPA)に疫学・公衆衛生セクションがあり、そこに精神保健疫学研究に関心を持つ精神医学と公衆衛生の研究者が集うように、WPA に加盟する日本精神神経学会に精神保健疫学の研究者が集うようになることを期待して、同学会の学術集会に精神保健疫学のシンポジウム等の企画提案を続けて行い、将来は、この学会内に常設の精神保健疫学研究会が設けられることが期待される。

WPASEPH2014 でつくられたネットワークを踏まえ、(1)国内における精神医学と公衆衛生学の研究者の協働による精神保健疫学発展のための学術プログラム実施、(2)WMH の成果の自治体レベルでの活用のための検討を行い、精神保健疫学研究の発展とその社会応用を進めることが望まれる。

E 結論

2014年10月15日からの4日間、わが国で初めてとなるWPASEPH2014を奈良県奈良市で開催し、精神疾患の疫学研究に関する国際共同研究およびその行政施策への応用について討議した。WPASEPH2014は国内外の精神保健疫学の研究者が一堂に会する貴重な機会となり、わが国の精神医学と公衆衛生学の研究者の協働による精神保健疫学発展の可能性を高めた。WPASEPH2014の成果を絶やすことなく、国内における精神医学と公衆衛生学の研究者の協働による精神保健疫学発展のための学術プログラム実施、世界精神保健の成果の自治体レベルでの活用のための検討、精神保健医療福祉のニーズ調査の検討等を行い、精神保健疫学研究の発展とその社会応用を進めていくことが望まれる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし


2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）


1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし


3. その他 なし



WPA Section on Epidemiology and Public Health – 2014 Meeting




Home	Welcome Message	General Information	Section / Organizers	Program / Speakers
Registration	On-site Information	Sponsorship Exhibition	Venue / Hotels & Travel	日本の歴史と文化へ



“Trauma and Mental Health”

16 - 18 October 2014 Nara, Japan



2014 NARA

[Thank you Letter](#)

Dear Friends and Colleagues,


Thank you very much for your participation to WPA Section on Epidemiology and Public Health – 2014 Meeting in Nara, Japan.
It is our pleasure to say that the meeting concluded as a great success.
We hope you had very fruitful discussions and also enjoyed your visit to Nara.
We are looking forward to meeting you again.

Sincerely yours,

Yvonne Kovess-Masfety
President of the WPA Section on Epidemiology and Public Health

Tadashi Takashima
President of the Organizing Committee





<p>Scientific Secretariat of WPASEPH 2014 National Center of Neurology and Psychiatry 4-1-1, Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8503, JAPAN TEL: +81-3-3263-8200 / FAX: +81-3-3263-8201 E-MAIL: wpaseph2014@ncnp.go.jp</p>	<p>Organizing Secretariat of WPASEPH 2014 c/o Convention Linkage, Inc. Sanbencho KS Bldg., 2 Sanbencho, Chiyoda-ku, Tokyo 100-0075 Japan Tel: +81-3-3263-8288 / Fax: +81-3-3263-8693 E-mail: wpaseph2014@cl-linkage.co.jp</p>
--	--

Copyright © WPA Section on Epidemiology and Public Health – 2014 Meeting. All Rights Reserved.

[Page Top](#)

Time Table

Day 1 : Oct. 15 (Wed.)			
Place	Main Hall	Second Hall	
9:00			
		L 9:30~12:30 Japanese	
10:00		シンポジウム1 日本の精神保健疫学-世界精神保健・ 日本調査を踏まえて Japanese psychiatric epidemiology: WMH Japanese results	
11:00			
12:00			
		L 12:40~13:40 Japanese	
13:00		Luncheon Seminar 1 Supported by SHIONOGI & CO.,LTD. 現代日本のうつ病を解消する一うつ病のトータルマネジメントを目指してー Analyzing Depression in Contemporary Japan-Aiming to contribute Total Management of Depressive Disorder-	
14:00		14:00~17:00 English	
15:00		Asia Pacific Region Symposium Contributions of mental health surveys to social development in the Asia-Pacific region: Current and future アジア太平洋地域における精神保健疫学調査の 社会発展への貢献:現状と未来	
16:00			
17:00			
		I 17:20~19:20 English	
18:00		Opening Session Welcome Reception	
19:00			
20:00			

※①: Organized by Local Committee / ①: Organized by International Committee